

記入例

受付番号

内定通知書に記載された「受付番号」を記載ください。

年 月 日

独立行政法人福祉医療機構 理事長 様

〒〇〇〇-〇〇〇〇
住所 〇〇県〇〇市〇〇1-2-3

名 称 特定非営利活動法人あいう会

代表者職名 理事長

代 表 者 福 祉 太 郎

(実印)

令和〇年度 申請書兼請求書

独立行政法人福祉医療機構助成金(支援金)内定通知書の内容及び条件について
請・支払いを請求します。

印鑑登録証明書と一致する印鑑を押印します。
法人格のない団体は、印鑑登録された代表者の
個人印（実印）を押印してください。

1 事業名 ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○

事業

2 所要額 1,000 千円

同じ数字になります。この2カ所はどちらも千円単位になります。

3 所要額調書

総事業費 (A)	寄付金 その他の収入 (B)	差引事業費 (A－B＝C)	内定額 (D)	所要額 (CとDを比較して 少ない方の額)	備考
1, 180, 800 円	180, 800 円	1, 000, 000 円	1, 000, 000 円	1, 000 千円	

4 内定条件の有無(内定通知書参照) ※いずれかに○をしてください

内定条件なし	☐ 内定条件あり（別紙）	要望時（お申し込み時）より変更がある場合は、「変更あり」に○をつけ、別紙（任意の様式）を作成の上、提出してください。
--------	----------------------------------	--

5 事業計画・資金計画の変更有無 ※いずれかに○をしてください

要望時より変更なし	☐ 要望時より変更あり（別紙に詳細を記載してください）
-----------	---

6 申請事業に対する他の助成金・補助金等の交付状況 ※いずれかに○

○	受けていない	←	受けている (別紙に詳細)
---	--------	---	---------------

7 振込希望先口座 ※期末利息の算出手続きが不要である「無利息型口座」を推奨しています

助成金の交付希望月
を記載してください。

交付希望月	(5) 月		を記載してください。
利息の有無	☐ 無利息型の普通預金口座 (決済用預金口座)	☐ 有利息型の普通預金口座 (普通預金口座)	
金融機関名	金融機関名	支店名 (店番号 ○○○○ ○○○支店)	助成事業 金融機 店番号 を記 い。
口座番号	普通	○○○○○○○○○○	
フリガナ	通帳の表紙に記載の口座名を記入してください。またフリガナはカタカナで記入してください。 ※団体名に内字「」等の記号を使用している場合は		
口座名			

8 WAM連絡システム ※機構担当者との連絡用掲示板です。投稿時の通知を

登録メールアドレス

0000@0000000000

(添付書類)

- (1) 主な遵守事項について (2) 本申請書に押印した実印の印鑑登録証明書(原本)※発行後3か月以内のもの
(3) 振込希望先口座の通帳(写し) (4) 法人登記簿(写し)※発行後3か月以内のもの(任意団体の場合は運営規約等)
(5) その他参考となる書類

WAM連絡システムに登録するメールアドレスを記入してください。

担当者	氏 名	医療 花子	F A X	なし
	電 話	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	メールアドレス	<u>〇〇〇〇@〇〇〇〇〇〇〇〇〇</u>

日中連絡可能な連絡先、時間帯を記入してください。